Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

599

Vragen van het lid **Pia Dijkstra** (D66) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «GGZ-instelling weigert VGZ-klanten nog te behandelen»* (ingezonden 23 oktober 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 november 2015).

Vraag 1
Kent u het item «GGZ-instelling weigert VGZ-klanten nog te behandelen»?[1]

Antwoord 1
Ja

Vraag 2
Deelt u de mening dat het onwenselijk is dat het uitmaakt of men aan het begin of aan het eind van het jaar ziek wordt, omdat patiënten aan het einde van het jaar niet meer terechtkunnen bij de arts van hun voorkeur, terwijl dat aan het begin van het jaar wel kan?

Antwoord 2
Verzekeraars dienen hun verzekerden goed te informeren over de inhoud van hun polis. Bij het afsluiten van een polis moet het voor een verzekerde transparant zijn welke zorgaanbieders door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd voor de polis. Ook moet transparant zijn bij welke zorgaanbieders plafondafspraken zijn gemaakt. Op die manier weet een verzekerde bij het afsluiten van een polis of en in welke mate een eventuele arts van zijn voorkeur gecontracteerd is. Een verzekerde kan daar dan bij het afsluiten van een polis rekening mee houden.
VGZ informeert haar verzekerden conform de regelgeving over de consequenties van volumeafspraken en omzetplafonds. In dit specifieke geval heeft VGZ met betreffende instelling, gegeven het omzetplafond, een contract gesloten waarin sprake is van een doorleverplicht, waardoor VGZ in deze situatie geen melding hoeft te maken van het omzetplafond.

[1] EenVandaag, 21 oktober 2015

ah-tk-20152016-599
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

Vraag 3
Wordt voldaan aan de zorgplicht als een patiënt niet bij een door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder terechtkan, ook als een patiënt juist bij de betreffende zorgverzekeraar is verzekerd, omdat die met de bewuste aanbieder een contract heeft gesloten? Is een verzekeraar verplicht om aan zijn verzekerden vooraf melding te maken bij welke aanbieders zorg tijdens het kalenderjaar mogelijk niet geleverd kan worden vanwege het overschrijden van een omzetplafond?

Antwoord 3
Verzekerden hebben recht op zorg. Soms kan een zorgaanbieder bepaalde zorg tijdelijk niet leveren, bijvoorbeeld door vakantieplanning, te weinig personeel of als de capaciteit volledig benut is. In die situaties heeft de verzekeraar de plicht om de verzekerde te bemiddelen naar een andere aanbieder.
Een zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen voor zijn verzekerden. Deze zorg moet bereikbaar, tijdig en van voldoende kwaliteit zijn. Zolang een verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft en de verzekeraar transparant is geweest over wat de verzekerde op basis van zijn polis mag verwachten, voldoet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht.

Vraag 4
Mag een zorgaanbieder weigeren om patiënten te behandelen, indien er sprake is van een contractueel overeengekomen doorleverplicht met de zorgverzekeraar? Welke voorwaarden zijn verbonden aan het afspreken van een doorleverplicht (zoals het inkopen van realistische volumes)?

Antwoord 4
Bestaande patiënten moet de aanbieder altijd doorbehandelen. Als een zorgaanbieder een contract heeft getekend waarin een omzetplafond met doorleverplicht is afgesproken, dan heeft de zorgaanbieder zich contractueel verplicht om ook nieuwe patiënten te blijven aannemen, ook wanneer het budget is volgelopen.
Als hierdoor voor de zorgaanbieder problemen ontstaan kan de zorgaanbieder hierover in gesprek gaan met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder houden aan zijn contract, of kan ervoor kiezen om de zorgaanbieder tegemoet te komen, bijvoorbeeld door bijcontractering of door de doorleverplicht op te heffen. In het geval van deze betreffende GGZ-instelling heeft de zorgverzekeraar de doorleverplicht van de zorgaanbieder opgeheven. Daarbij heeft de zorgverzekeraar het op zich genomen om nieuwe patiënten te bemiddelen naar andere zorgaanbieders.
Er zijn geen specifieke voorwaarden verbonden aan het afspreken van een doorleverplicht; de zorgaanbieder moet zelf goed afwegen welk contract voor hem aantrekkelijk en haalbaar is. Het inkopen van realistische volumes in de regio is onderdeel van de zorgplicht van de zorgverzekeraar, maar waar deze volumes worden ingekocht is aan de zorgverzekeraar.

Vraag 5
Wat is het effect van omzetplafonds bij nieuwe, groeiende toetreders? Is het risico op overschrijding van het omzetplafond niet groter bij een kleine toetreder dan bij een grote instelling met stabiele omzet? Op welke wijze wordt voorkomen dat nieuwe toetreders niet onnodig worden belemmerd door het gebruik van omzetplafonds?

Antwoord 5
Zorgverzekeraars moeten vanaf 1 april 2016 bij hun zorginkoopbeleid aangeven in welke mate de zorgverzekeraar ruimte biedt voor innovatief zorgaanbod.
Een zorgverzekeraar heeft meerjarige gegevens over vraag naar zorg en zorgaanbod in de regio. Voor bestaande zorgaanbieders heeft een zorgverzekeraar daarom meer informatie op basis waarvan hij de zorginkoop kan baseren. Bij een nieuwe toetreder moet eerst ervaring worden opgedaan, zowel door patiënten als door zorgverzekeraars. Bij nieuwe toetreders is het daarom voor zorgverzekeraars moeilijker om een goede inschatting te maken van de vraag naar zorg bij deze specifieke zorgaanbieder. Maar zolang de

zorgverzekeraar voldoende zorg in de regio heeft ingekocht hoeft dat voor de verzekerden niet tot problemen te leiden.

Vraag 6
Welke andere mogelijkheden dan omzetplafonds hebben zorgverzekeraars om het budget in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te beheersen? Is het juridisch mogelijk om contracten te sluiten op basis van bijvoorbeeld degressieve tarieven, lumpsumbekostiging, two part tariffs of andere innovatieve contractvormen?

Antwoord 6
Zorgverzekeraars kunnen in hun contractering verschillende afspraken maken over het tarief of kostenbeheersing per zorgaanbieder. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars afspraken maken over kwaliteit, het navolgen van richtlijnen, het bieden van service en over wachtlijsten. Een verzekeraar heeft feitelijk de taak om namens zijn verzekerde patiënten een zo goed mogelijke kwaliteit, service en zorg te contracteren tegen een zo goed mogelijke prijs. Over het beheersen van de kosten van GGZ-aanbieders is het voor zorgverzekeraars naast de genoemde omzetplafonds bijvoorbeeld ook juridisch mogelijk om te werken met prijsdifferentiatie naar rato van het volume (zoals degressieve tarieven), two part tariffs, of bijvoorbeeld volume- of tariefdifferentiatie op basis van zorginhoud. Zorgverzekeraars zijn vrij om dit af te spreken.